

腹部放線菌症の1例

三重県厚生連員弁厚生病院外科

松垣 啓司 齊藤 高明 犬飼 昭夫

A CASE OF ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS

Keiji MATSUGAKI, Takaaki SAITO and Akio INUKAI

Department of Surgery Inabe Kosei Hospital

索引用語：腹部放線菌症，放線菌塊

はじめに

Actinomyces israeli は、偏性嫌気性菌であり、自然界からは分離されず健康人の口腔内に常在している。そして、なんらかの損傷や感染症が存在し、宿主の免疫力の低下により、初めて病原性が発揮され、放線菌症(Actinomycosis)になるといわれている。最近、われわれは横行結腸から腹壁におよぶ、腹部放線菌症を経験したので、考察を加えて報告する。

症 例

症例；61歳，女性，主婦。

主訴；腹部有痛性腫瘍。

家族歴；特記すべきことなし。

既往歴；特記すべきことなし。

現病歴；昭和61年11月2日より、軽い下腹部痛が出現した。疼痛は食事により変化することはなく、またこの時より軟便となり1日2~3回の便通となった。また粘血便などもなかった。その後11月5日になり下腹部の有痛性腫瘍に気づき来院した。

現症；体格中等度，栄養良好，黄疸貧血は認めない。体重減少，食欲不振はないが37℃台の熱発を認めた。表在リンパ節は触知せず，腹部は平坦であるが下腹部正中よりやや右側に圧痛があり，同部位に径約6cmの有痛性腫瘍が認められた。表面平滑，辺縁明瞭，弾性硬で移動性はなく，圧痛は著明であった。なお Blumberg 徴候は認めなかった。

入院時検査所見；赤血球数416万で貧血は認められなかったが，血清鉄が27.0μg/dlと低下が認められた。CRP(6+)，血沈の亢進が認められたが，これ以外には異常所見は認めなかった。なお便潜血は陰性であっ

表1 入院時検査所見

WBC	6400	/ml	BUN	9.7	mg/dℓ
RBC	416×10 ⁴	/ml	Cr	0.6	mg/dℓ
Hb	12.2	g/dℓ	Na	140	mEq/ℓ
Ht	36	%	K	4.3	mEq/ℓ
Plt	45.2×10 ⁴	/ml	Cl	104	mEq/ℓ
TP	7.4	g/dℓ	Ca	9.2	mg/dℓ
Alb	3.9	g/dℓ	S-I	27.0	/μg/dℓ
T.B	0.4	mg/dℓ	S-Amy	54.0	IU/ℓ
TTT	0.5	U			
ZTT	6.5	U			
GOT	7.0	K-U	CRP	(6+)	
GPT	5.0	K-U	血沈	(30) (60) (120)	
LDH	218	W-U	mm	52 93 141	
Al-p	270	IU/ℓ			
γ-GTP	27.0	mU/ml	便潜血	(-)	

た(表1)。

小腸造影所見；小腸全体の造影は良好であり，腫瘍による圧排，まきこみ，伸展不良などの所見は認めなかった。

注腸造影所見；回盲部までの造影は良好であり，腫瘍に一致した横行結腸の一部に伸展不良な所を認めた。しかし粘膜面の変化はなく，腸管外からの変化と思われた。なお，この部位の移動性は認めなかった(図1)。

腹部エコー所見；腹壁直下に6.5×3.7cmの均一な腫瘍陰影が見られ，中央にやや low echoic な部位が認められた。しかし周囲臓器との関係は不明であった(図2)。

腹部 computed tomography (CT) 所見；右腹直筋下部，圧痛部位直下の横行結腸に，約2×2cmの腫瘍性病変が認められ，腹直筋を圧排していた。そして周囲の脂肪織は，泡沫状を呈しCT値の上昇を認め，炎症

図1 注腸造影；腫瘍に一致した横行結腸に伸展不良の箇所を認める。

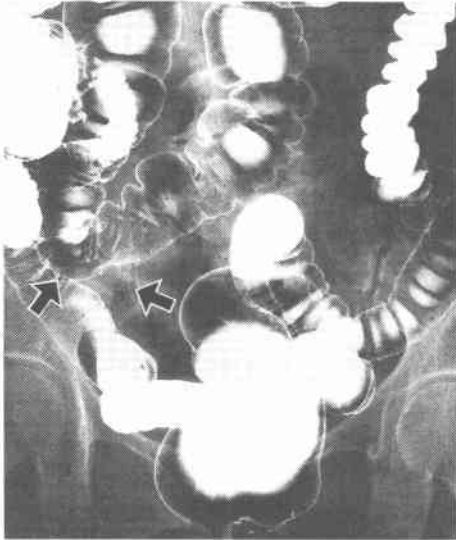


図3 腹部CT(拡大)；2×2cmの腫瘍性病変があり、周囲の泡沫状変化を認める。

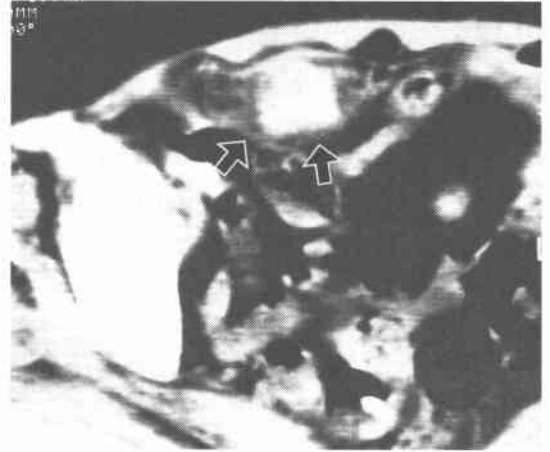


図2 腹部エコー；6.5×3.7cmの腫瘍陰影が見られ、中央がややlow echoicである。

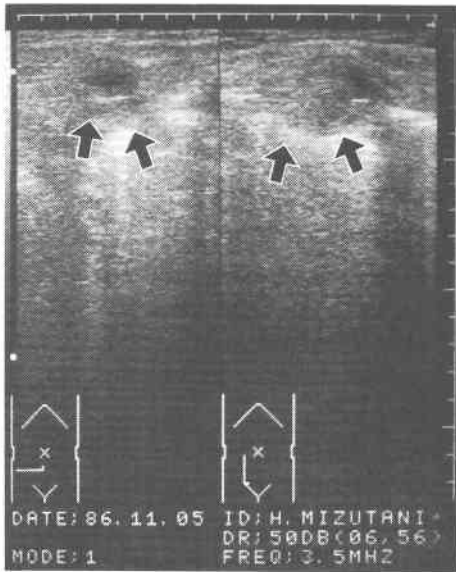
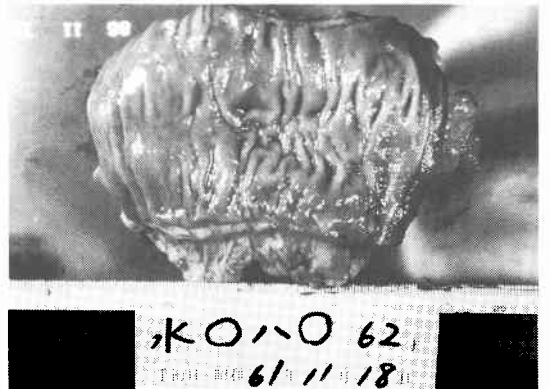


図4 切除標本；結腸粘膜に変化はないが、中央にひきつれを認める。



の波及と考えられた(図3)。

以上の所見より、原発臓器不明の腹部炎症性腫瘍の診断のもとに、11月18日手術を施行した。

手術所見；右下腹部、腫瘍の内側から経腹直筋切開を行うと、腫瘍は腹直筋鞘と強く癒着し、筋鞘は炎症のため肥厚していた。これを切開し、腫瘍を腹膜より

用手剥離を行い確認すると、横行結腸をまきこんだ脂肪腫を思わせた。そして腫瘍と腹壁の間より、黄色の膿汁の流出が見られたが、顆粒状変化は認めなかった。病変部を含めた横行結腸を切除し端々吻合を行い、腹腔ドレナージを行った。

切除標本所見；腸管を含めた切除標本は、12×10×4cmであった。表面は平滑で一見、炎症の及んだ脂肪腫を思わせた。また、結腸粘膜は潰瘍、ビランなどの変化はなく、腫瘍の中心部にひきつれが認められた。剖面では、ほとんどが脂肪の塊であり、一部に壊死の部分を確認した。(図4、5)。

病理標本所見；横行結腸漿膜外は、線維脂肪腫の組織で、多数の小膿瘍の形成を伴う好中球の浸潤が見ら

図5 切除標本(剖面)；脂肪の中に一部壊死の部分
を認める。

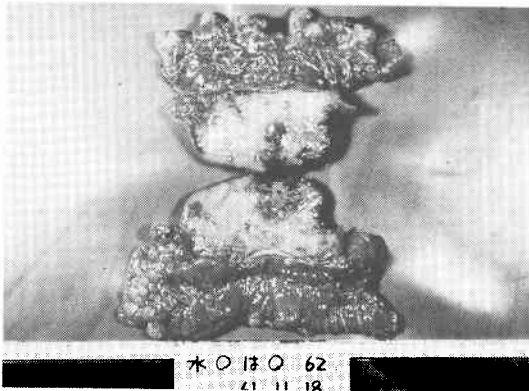
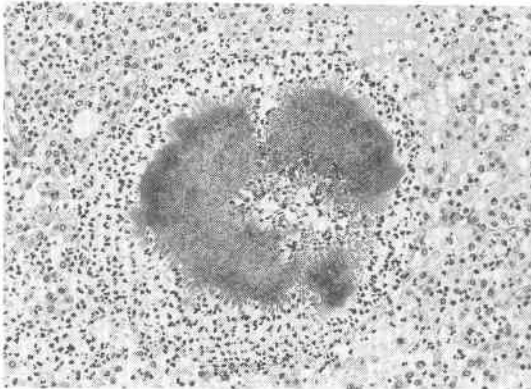


図6 放線菌塊 (Druse), PAS 染色, ×100



れた。そして中に放線菌塊 (Druse) を認め、腹部放線菌症と診断した (図6)。

術後経過；術後合併症も出現せず良好な経過であり、術中採取した膿汁の一般培養は陰性であった。病理学的に放線菌症と診断してから Ampicillin を経口投与中であり、現在通院治療中である。

考 察

放線菌症は Actinomyces 属 (多くは Actinomyces israeli) による慢性、ないし亜急性の進行性、化膿性疾患であり、多発膿瘍、瘻孔形成、肉芽腫、および線維化像を形成して菌塊 (Druse) が病巣内、膿汁中に見られるのが特徴である。

最初の報告は、1845年 Langenbeck が背椎カリエス患者剖検例の膿汁より、本症に特有な菌塊を発見したのに始まり、1857年 Lebett が頸部慢性腫瘍より本菌を発見した¹⁾。そして、1891年 Wolff ら²⁾がその嫌気培養

に成功し、これが口腔内の常在細菌であることをつきとめた。そしてその後、内因性感染症であると提起され、以後多くの人に支持されている。

本症の好発部位は、顔面頸部、腹部、胸部、その順であり、美甘ら³⁾の集計では、顔面頸部65.5%腹部18.6%胸部8.9%その他7.0%であり、Copeの集計ではそれぞれ56.8%、22.3%、15.0%、5.9%と報告されている。一般的には、顔面頸部40~60%、腹部20~30%、胸部10~20%とされている。そして抗生物質の進歩、および生活水準の向上に伴い、放線菌症そのものが減少傾向にある。

腹部放線菌症は、以前より報告が見られる⁴⁾。最近では、穴沢ら⁵⁾が、1954年から1964年までの15例を、小沢ら⁶⁾がそれに加えて1954年から1980年までの47例を集計している。そして、松村ら⁷⁾は、それらに加えて1985年までの80例のうち、手術を施行した71例について報告している。自験例を加えて72例について見ると、男性42例、女性29例、不明1例で男性に多く、年齢は3歳から77歳までで、40歳台と50歳台が、おのおの15例、30歳台と60歳台がおのおの11例で集中している。あと20歳台8例、70歳台6例、10歳以下3例、10歳台1例、不明2例である。部位別には、一部重複するが横行結腸25例、回盲部23例と圧倒的に多く、次に胃8例、膀胱8例、S状結腸7例、小腸7例、卵巣4例、下行結腸3例、上行結腸3例、肝臓3例、腎臓2例、膵臓2例、その他5例である。

成因については、一般に常在菌である放線菌は病原性を示すことはないとされている。しかし、何らかの原因で宿主の抵抗力が低下した時や、外傷、潰瘍、炎症などの粘膜障害があると、そこから組織内へ侵入し発症すると考えられている。以前より回盲部発症が多く、他の部位でも虫垂炎より波及したものが多かった。このため、虫垂炎、消化管穿孔などが主たる原因と考えられていた⁴⁾。しかし最近では、横行結腸の発症が多く、注目されることには、魚骨が腸管を穿通し発症した報告⁸⁾も見られている。いずれにしても発症には、いろいろな因子が関与していると考えられる。本症例の発生原因については不明である。

症状としては、腹部腫瘍75%、腹痛58%、発熱14%、体重減少8%などがあるが、放線菌症に定型のものはない⁶⁾。X線検査においても特徴的な所見はなく、炎症性、腫瘍性変化をかねそなえている。また腹部腫瘍にしても、炎症性腫瘍と悪性腫瘍の鑑別は難しく、過大な手術を行う例も少なくない。実際、術前診断がつい

た報告はほとんど見られない。

確定診断には、膿汁内や組織内に放線菌塊 (Druse) を証明する、培養で本菌を検出することが必要である。しかし抗生物質出現後は膿汁中への菌塊出現率は24.7%と低く、診断は難しい¹⁰⁾。いずれにしても手術後に組織検査で診断がつくことが多く、術前診断は困難である。

治療法としては、手術療法が第1であり、それに加えて抗生剤、特にペニシリン系薬剤の長期間投与が有効であると言われている。

結 語

横行結腸放線菌症を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

なお本論文の要旨は、第62回日本感染症学会において発表した。

文 献

- 1) 吉利 和, 中尾喜久, 山形敏一ほか: 新内科学大系, 55, 中山書店, 東京, 1975, p3-11
- 2) Wolff M, Israel J: Ueber Reincultur des

Actinomyces und seine Uebertragbarkeit auf Thiere. Virchow Arch Pathol Anat 126: 11-59, 1891

- 3) 美甘義夫, 福島孝吉: 日本に於ける内科的真菌症について. Chemotherapy 6: 127-140, 1958
- 4) 梶谷 鑲: 塩田外科「クリニック」に入院せられたる放線菌症67例について. 日外会誌 42: 539-576, 1941
- 5) 穴沢雄作, 湯浅晋治, 石川洋三ほか: 膈アクチノミコーゼの手術治験例. 手術 19: 140-147, 1965
- 6) 小沢 洋, 綿引 元, 中野 哲ほか: 横行結腸放線菌症の1例. 胃と腸 16: 1147-1153, 1981
- 7) 松村幸次郎, 田中千凱, 伊藤隆夫: 腹部放線菌症の1例. 日外会誌 88: 629-632, 1987
- 8) 米原修治, 小武家俊博, 江藤良三ほか: 横行結腸における放線菌症の2例. 広島医 35: 1300-1304, 1982
- 9) 菅 淳一, 上田祐滋, 亀井隆史ほか: 誤嚥された魚骨片により惹起された腹部放線菌症の1例. 臨外 39: 551-553, 1984
- 10) 常葉信雄: Actinomycosis と Nocardiosis. 最新医 16: 522-531, 1961